（送付先）札幌市保健所健康企画課　011-622-7221

FAX 相談用紙（聴覚に障がいのある方等用）

名　前	年齢　　才　　（　男性　・　女性　）
住　所	
連絡先	FAX： ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：
職　業	
症　状 (以下、あてはまるものにチェック)	□ 発　熱　（　　℃）　□ 咳　□ のどの痛み　□ 息苦しい □ 倦怠感（からだのだるさがある）　□ 味覚・嗅覚に異常がある。 □ その他（　　）
発症前 ２週間の 行動歴等	□ 海外への渡航歴がある または 渡航歴のある人との接触がある。 □ ご自身の周りに新型コロナウイルス陽性となった方がいる。 □ ５人以上での宴会、カラオケ、接待飲食店、ライブ、パーティ等に行った。 □ ご自身の周りに発熱、呼吸器症状、味覚・嗅覚異常等がある人がいる。
相談したいこと	□ 新型コロナウイルス感染症かどうか不安なので相談したい。 □ 受診できる医療機関を紹介してほしい。 □ その他（以下に自由記載）

※記載いただいた内容を確認した後、メールもしくは FAX にてお返事いたします。